

# 고용 안내서

개인 간병인 고용 안내



“우리는 버는 것으로  
생계를 꾸리지만 베푸는  
것으로 삶을 영위한다.”

- 윈스턴 처칠

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION  
Washington State Department of Social and Health Services

# 개인간병인(IP) 고용 안내서

---

<b>서론</b>	<b>1</b>
개인간병인(IP) 고용 안내서 사용하기	1
서비스직 종사자 국제 조합 - 보건 노조 775 NW	1
<b>채용 절차</b>	<b>1</b>
전과 조회 및 지문 날인	2
DSHS 계약 체결	2
교육/훈련 및 홈케어보조원(Home Care Aide) 인증 요건	4
<b>급여 수령</b>	<b>7</b>
일일 근무 시간 및 차량 마일 수 기록	7
근무 시간 기록표(DSHS 15-051) 작성	8
근무 시간 기록표 샘플	9
SSPS 사회 복지 서비스 통지(DSHS 14-259)	10
휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구	12
SSPS 서비스 청구서(DSHS 08-141)	14
Invoice Express	15
Invoice Express 이용	16
SSPS 서비스 청구서 우편 발송	16
계좌 입금	17
지원 요청	18
수표 수령과 관련하여 자주 겪는 문제와 해결 방법	18
보증 시스템 송금 통지서(DSHS 07-071)	20
<b>일반 고용 정보</b>	<b>21</b>
연방 소득세 원천 징수	21
W-2 급여 신고서	22
소득 증빙	23
실업 수당	23
건강 보험 선택 사항	23
산재 보험	25
휴가/유급 휴무(PTO) 시간	25
급여 인상	26
급여 공제	27
일을 그만둘 경우	27
취업 추천서 및 고용 이력 확인	27
<b>기타 정보</b>	<b>28</b>
학대 보고 의무	28
Home Care Referral Registry	(뒤표지 안쪽)

## 개인간병인(IP) 고용 안내서 사용하기

개인간병인(Individual Provider, IP)으로서 새로운 출발을 하신 귀하를 환영합니다! 간병인은 중요한 직업입니다. 간병인은 고용주가 건강과 행복을 추구할 수 있도록 뒷받침하고 자택에서 최대한 독립적인 생활을 영위할 수 있도록 돕습니다.

개인간병인(IP) 고용 안내서에서는 IP가 자신의 취업에 관해 알아두어야 할 여러 가지를 살펴봅니다. 안내서의 전체 내용을 자세히 읽어보십시오.

나중에 궁금한 점이 있을 경우 누군가에게 전화하여 문의하기에 앞서 이 안내서에서 해당 사항을 찾아보십시오. 앞표지 뒤쪽의 목차를 참조하면 필요한 정보를 빨리 찾을 수 있습니다.

### 서비스직 종사자 국제 조합 - 보건 노조(SERVICE EMPLOYEES INTERNATIONAL UNION HEALTHCARE 775NW)

모든 IP 장기요양(Long Term Care, LTC) 간병인은 서비스직 종사자 국제 조합(Service Employees International Union, SEIU) - 보건 노조(Healthcare 775NW)가 대표합니다. 이 조합은 2002년에 IP의 과반수의 결로 설립된 것입니다.

고용 조건의 상당 부분이 단체 협상 계약(노조 협약)에 포함되어 있습니다. 그 중 일부는 이 자료에 요약되어 있지만 임금, 임금 인상 시점, 복리후생(예: 유급 휴가/휴무) 등에 관한 자세한 내용은 노조 협약서에서 확인할 수 있습니다. 노조 협약서는 온라인으로 ([www.seiu775.org](http://www.seiu775.org)) 또는 회원 정보 센터(Member Resource Center)의 무료 전화 1-866-371-3200를 이용하여 주문할 수 있습니다.

단체 협상 계약, 노조, 노조 가입, 노조 혜택, 노조 자원 봉사 등에 관해 궁금한 사항도 이 번호로 전화하여 문의하십시오.

## 채용 절차

고용주가 IP를 채용하고 업무 지시를 내리고 유료 서비스를 수행할 방법과 시점을 결정합니다. 고용주는 IP를 해고할 수도 있습니다. 여기서는 IP의 서비스를 받는 사람을 고용주라고 합니다.

고용주는 보건사회부(DSHS)의 수혜자입니다. DSHS는 IP가 제공하는 서비스를 관리하고 비용을 지불합니다. 여기서는 고용주와 DSHS의 관계에 대해 설명할 때 고용주를 DSHS 수혜자라고 부릅니다.

회원 정보 센터  
(Member Resource  
Center)  
월요일~금요일  
오전 7시 ~ 오후 8시  
1-866-371-3200

IP가  
개인간병서비스를  
제공하는 사람을  
고용주라고 합니다.

DSHS에서 고용주를 대리하여 IP에게 비용을 지불하기 위해 IP가 추가로 이행해야 할 요건과 단계가 있습니다. IP는 다음 요건을 충족해야 합니다.

- 자격을 갖춘 IP로서 인증을 받아야 함
- 18세 이상이어야 함
- 사진이 부착된 유효한 신분증, 사회보장 카드 또는 미국 내 노동 허가증을 제출해야 함
- 전과 조회에 근거한 지문 날인에 통과해야 함
- "계약 개인간병인 고용 양식(Individual Provider Contractor Intake Form)"에 서명해야 함
- DSHS와의 계약서에 서명하고 계약서의 조항에 동의해야 함

### 전과 조회 및 지문 날인

모든 장기요양서비스 종사자는 "신원조회에 근거한 지문날인" 절차를 완수해야 합니다. 따라서 DSHS에서 신원조회를 하기 위해 신원조회에 필요한 정보를 기록할 신원조회 승인서(Background Authorization form)를 작성하라고 할 것입니다. 신원조회에서 특정 전과가 확인된 경우, 워싱턴주 법에 따라 주 또는 연방 기금을 지원을 받아 계약하거나 보수를 받을 수 없습니다.

HCS/AAA 사무실을 통해 계약하는 경우 적어도 고용 기간 중 2년마다, DDD(Division of Developmental Disabilities) 기관에서 일하는 경우에는 3년마다 신원조회를 받아야 합니다.



### DSHS 계약 체결

IP는 *DSHS 수혜자 서비스 계약 IP 서비스(DSHS Client Service Contract Individual Provider Services)* 양식을 검토하고 서명해야 합니다. 이 계약서를 면밀하게 읽어보십시오. DSHS 계약서에는 IP가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공하고 DSHS로부터 보수를 받음으로써 어떤 활동을 수행하는 데 동의하는가가 개괄적으로 명시되어 있습니다.

IP는 *DSHS 수혜자 서비스 계약 IP 서비스* 양식의 원본 2부를 작성하고 서명해야 합니다. DSHS 담당자 역시 DSHS 계약서 2부에 서명해야 합니다. 그 중 1부는 IP가 전달 받아 보관합니다.

IP는 보수를 받기 전에 DSHS 계약서를 작성하고 서명해야 합니다. DSHS 계약의 발효일은 근무 시작 시점과 상관없이 IP가 보수를 받을 수 있는 가장 빠른 일자로 합니다. IP 그리고 DSHS의 권한 있는 대표가 계약서에 서명해야 계약이 발효됩니다.

### IP가 DSHS 계약을 거절 당할 수 있는 사유

새로운 고용주가 IP를 채용하고 감독하지만, 법률 및 규정에 따라 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 특정 상황에서 IP의 DSHS 계약을 거절할 수 있습니다. DSHS 계약이 체결되지 않으면 IP는 고용주에게 제공한 서비스에 대한 보수를 DSHS로부터 받을 수 없습니다.

간호 계획(Care Plan)은 간호 팀이 고용주를 지원하기 위해 해야 할 모든 일을 개괄적으로 정리해 놓은 문서화된 계획입니다.

다음은 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 IP의 DSHS 계약을 거절할 수 있는 예입니다.

- IP가 간호 계획(Care Plan)에 명시된 서비스를 제공할 수 없거나 지장을 받을 만한 다른 직업이 있거나 개인적 책임을 맡고 있는 경우
- IP가 간호 계획에 명시된 서비스를 제공하는 것이 현실적으로 어려울 정도로 고용주와 멀리 떨어진 곳에 사는 경우
- 고용주를 담당하는 의료 기관 또는 기타 식견 있는 전문가가 IP에게 적절한 간호를 제공할 능력이 없다고 판단한 경우
- IP의 알콜 또는 약물 남용 증거가 있을 경우
- IP가 가정 폭력의 가해자였거나 접근 금지 명령을 받았거나 기타 범죄를 저질러 신고된 이력이 있을 경우
- IP의 신원조회에서 전과가 드러난 경우
- 고용주가 필요한 개인 생활 보조를 받지 못한 것으로 확인된 경우
- DSHS 수혜자가 IP를 고용하지 않은 경우

### IP가 DSHS 계약을 거절 당할 수 있는 사유

다음은 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 IP의 DSHS 계약을 반드시 거절하는 예입니다.

- IP가 아동 또는 취약한 성인을 상대로 학대, 방치, 유기했거나 착취했다고 판결을 받은 적이 있거나 학대 등록원부에 등록되어 있는 경우
- IP가 아동 또는 취약한 성인을 간호할 수 있는 허가, 면허, DSHS 계약이 주정부 및/또는 연방 정부 규정 불이행으로 인해 거절, 유예, 철회되었거나 해지된 적이 있는 경우
- IP에게 실격 조건에 해당하는 전과가 있는 경우
- IP가 고용주의 배우자이고(배우자가 가사도우미(Chore) 서비스를 받는 경우는 제외) 다른 어떤 DSHS 수혜자도 간호할 계획이 없는 경우
- IP의 인성, 역량, 적합성 심사 결과, 계약직 및 유급 IP의 자격을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우
- IP가 연방수혜배제 정보자료 심의에 의해 메디케어, 메디케이드 및/또는 타이틀 XIX 지불금 수혜자에서 배제된 경우

### IP가 보수 지급을 거절 당할 수 있는 사유

IP가 일을 시작한 후 제공한 서비스에 대한 보수 지급을 거절 당할 수 있는 경우가 있습니다. 경우에 따라 DSHS 계약을 해지하는 조치가 내려질 수도 있습니다. 지급을 거절 당할 수 있는 사유의 예는 위의 “DSHS 계약을 거절 당할 수 있는 사유”에 명시된 것과 동일합니다.

또한 IP가 필수 교육/훈련을 기한 내에 이수하지 않은 경우나 홈 케어 보조원 인증 요건을 기한 내에 이수하지 않은 경우에도 서비스에 대한 보수 지급이 거절됩니다(5페이지 참조).

## DSHS 계약이 해지되는 사유

특정 조건 또는 상황에서는 IP의 DSHS 계약이 해지됩니다. 다음과 같은 경우에 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 DSHS 계약의 해지에 착수합니다.

- 3페이지, “DSHS 계약을 거절 당하는 사유”에 명시된 항목 모두 해당
- IP가 적절한 간호를 제공할 능력 또는 의향이 없거나 고용주의 건강, 안전 또는 행복을 위협하는 경우
- IP가 미성년자 또는 취약한 성인을 대상으로 가정 폭력, 학대, 방치, 유기 또는 착취를 저질렀다는 증거가 있는 경우
- IP가 근무 시간에 알콜 또는 불법 약물을 사용하거나 알콜 또는 불법 약물에 취한 상태로 일하는 경우
- IP가 고용주 또는 고용주의 생활과 관련되는 다른 사람에게 취하는 행동 때문에 고용주가 피해를 입을 위험이 있을 경우
- 고용주의 의료 기관에서 제출한 보고에 따르면 IP의 부적절한 간호 때문에 고용주의 건강 상태가 악화되었을 경우
- IP가 고용주의 간호 계획에 명시된 필수 서비스를 제공하지 못했을 경우
- 고용주가 IP로부터 적절한 간호를 받지 못한다는 불만이 고용주 또는 그 대리인으로부터 접수되었을 경우
- IP가 응급 상황에 제대로 대처하지 못했을 경우
- 신원조회를 하는 달에 IP의 이름이 연방배제정보자료 중 한 곳에 등재되어 있는 경우

## 교육/훈련 및 홈 케어 보조원(HCA) 인증 요건

### 교육/훈련

관련법은 2012년 1월 7일 이후에 고용된 LTC 직원에게 오리엔테이션, 안전교육, 기본 훈련과 해당되는 교육을 계속 받아 홈 케어 보조원으로서의 자격을 인증받도록 요구하고 있습니다.

모든 IP는 Training Partnership을 통해 제공되는 필수 교육/훈련을 반드시 이수해야 합니다. 회원 정보 센터에 연락해 필수 교육/훈련을 등록하는 것은 IP의 책임입니다.

### 오리엔테이션 및 안전교육

귀하가 간병 서비스를 제공하기 위한 계약을 할 때 DSHS 직원이 오리엔테이션 및 안전교육 관련 DVD를 제공할 것입니다. 편리한 시간에 DVD를 시청하십시오. DVD를 다 시청하고 난 후:

- 사회복지서비스통지(Social Service Notice)를 받을 때까지 기다립니다 (10페이지 참조).
- DVD를 다 시청하였으면 1-866-483-1397로 전화해 이를 증명합니다. 전화를 하기 전에는 확인번호와 귀하의 사회보장번호 마지막 4자리 수를 준비해야 합니다. 확인번호는 다음과 같이 연락해 획득할 수 있습니다.
  - [www.myseiubenefits.org](http://www.myseiubenefits.org)에 로그인합니다. 귀하의 이름 바로 밑에 확인번호가 나와 있습니다.
  - [studentsupport@myseiubenefits.org](mailto:studentsupport@myseiubenefits.org)에 이메일을 보내 확인번호를 문의합니다.
  - 회원 정보 센터, 1-800-371-3200으로 전화합니다.

주 정부 기관들은 주 및 연방 법을 이행하기 위해 워싱턴 행정법(Washington Administrative Code, WAC)이라고도 하는 규정을 따릅니다.

WAC는 다음 방법으로 확인할 수 있습니다.

- DSHS 인터넷 사이트: <http://www.apps.leg.wa.gov/wac>
- 현지 공공 도서관을 방문하여 도움을 청하십시오.
- 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 1부를 요청하십시오.

IP, DSHS 계약, 지급 거부 사유에 대한 자세한 내용은 WAC 388-71-0540 ~ 0560에서 확인하십시오.

Training Partnership을 통한 교육/훈련 과정에 등록하십시오.

회원 정보 센터,  
1-866-371-3200  
에 전화합니다.

또는 웹사이트,  
[www.myseiubenefits.org](http://www.myseiubenefits.org)  
에 로그인합니다.

### LTC 종사자 교육/훈련 요건

IP 유형	오리엔테이션/ 안전 교육/훈련 5시간	기초 교육/훈련 70시간	기초 교육/훈련 30시간	부모 간병인 7시간	계속 교육 12시간
1명 이상의 수혜자를 간병하는 표준 IP	간병일을 시작하기 전	간병일 시작일로부터 120일 이내	---	---	초기 인증 후 생일 전으로 매년
부모에게 간 병서비스를 제공하는 IP	간병일을 시작하기 전	---	간병일 시작일 (으)로부터 120 일 이내	---	30시간 교육/훈련을 이수한 해부터 생일 전까지 매년
DDD를 통해 성인 자녀를 간병하는 IP/ 부모	간병일을 시작하기 전	---	---	간병일 시작일로부터 120일 이내	---
DDD를 통해 서비스를 받지 않는 성인 자녀를 간병하는 IP/부모	간병일을 시작하기 전	---	고용일로부터 120일 이내	---	---
면제 IP - 2001년 1월 1일에서 2012년1월6 일 사이에 LTC 근로자로 일한 사람, 기초 교육/ 훈련을 완수한 사람 또는 CNA, LPN, RN	---	---	---	---	생일 전에 매년 필요
성인 자녀 또는 수혜자의 부모가 아닌 사람으로서 한 명의 수혜자만을 20시간 이내로 한 명 돌보는 제한적 간병서비스를 제공하는 IP	간병일을 시작하기 전	---	간병일 시작일로부터 120일 이내		2014년7월1일까지 필요하지 않음

\*--- 필요하지 않거나 적용되지 않음

#### 홈 케어 보조원(HCA) 인증 요건

교육/훈련을 75시간 이수해야만 하는 경우 서비스 시작일(유급 IP로 승인받은 일자)로부터 150일 이내에 공인 HCA가 되어야만 합니다.

공인 HCA가 되려면 먼저 보건부(Department of Health, DOH)를 통해 HCA 인증서를 신청해야 합니다. 유급 IP 일을 시작하자마자 신청하십시오. 75시간의 교육/훈련을 이수하고 나면 Prometric라고 하는 회사를 통해 HCA 인증서를 바로 신청해야만 합니다.

HCA 인증 절차를 알기 원하거나 정보 우편물을 즉시 보내주기를 요청하려면 회원 정보 센터, 1-866-371-3200으로 전화하십시오.

문의처:

- DOH의 웹사이트상에서의 HCA 인증서 신청: [www.doh.wa.gov/LicensesPermitsandCertificates/ProfessionsNewReneworUpdate/HomeCareAide.aspx](http://www.doh.wa.gov/LicensesPermitsandCertificates/ProfessionsNewReneworUpdate/HomeCareAide.aspx).
- Prometric 웹사이트 상에서의 HCA 인증 시험과 시험 신청 절차: [www.prometric.com/WADOH/](http://www.prometric.com/WADOH/)

공인 HCA가 되는데  
필요한 일들을  
수행하는 것은 귀하의  
책임입니다.

기한 내에 교육/훈련을 받지 않거나 인증서를 이수하지 않을 경우

기한 내에 교육/훈련을 받지 않거나 HCA 인증서를 이수하지 않을 경우 IP에게 지불되는 보수는 중지(IP로서 더 이상 보수를 받지 못함) 됩니다. 이 기한은 연기하지 못합니다.

보수가 중지되기 전까지는 이수한 모든 교육/훈련 시간에 대해서는 IP 보수가 지급될 것입니다.

(유급 IP로서) 보수를 다시 받기 위해서는 자비(요구되는 경우)로 남은 필수 교육/훈련 과정을 이수해야 하고 공인 HCA가 되어야만 합니다.

### 유급 IP가 다시 되려면

기한 내 교육/훈련을 마치지 못한 경우 지역의 강사로부터 남은 필수 교육을 받아야만 합니다. IP의 보수가 중지되는 경우 Training Partnership은 더 이상 필수 교육/훈련을 제공할 책임이 없습니다. 지역 강사 명단은 웹사이트, [www.adsa.dshs.wa.gov/professional/training/](http://www.adsa.dshs.wa.gov/professional/training/)에서 확인할 수 있습니다. "Find a Community Instructor"를 클릭하십시오.

DSHS는 기한 내 교육/훈련을 마치지 못한 IP와 SEIU Health Care 775 NW 사이를 개입할 수 없습니다.

HCA 인증서 획득 기한을 놓친 IP는 보건부와 Prometric가 요구하는 모든 요건들을 다 충족해야만 공인 HCA가 될 수 있습니다.

필수 교육/훈련을 모두 완수하거나 공인 HCA가 된 후, IP 고용주의 케이스 매니저에게 연락하여 IP로 복원시켜달라고 요청하십시오. IP가 Training Partnership이 아닌 곳에서 이수한 교육/훈련 수료증 사본과 공인 HCA 증빙서류 사본을 케이스 매니저에게 제출해야 합니다. 또한 회원 정보 센터 1-866-371-3200으로 전화해서 귀하의 현황을 알려십시오.

### 간호 위임 교육 요건

간호 위임(Nurse Delegation)을 통해 간호 업무를 위임 받은 IP는 다음 추가 교육 요건을 충족해야 합니다.

반드시 NAC(Nursing Assistant - Certified), NAR(Nursing Assistant - Registered) 또는 공인 HCA(Home Care Aide)로서의 자격을 보유해야 합니다.

- NAR은 반드시 핵심 기초 교육과 간호 조무사 간호 위임 핵심 과정을 이수해야 합니다.
- NAC이거나 HCA의 경우는 간호 조무사 간호 위임 핵심 과정을 이수해야 합니다.

인슐린 주사 업무도 위임해야 합니다. 법에 따라, 간호 조무사는 위 핵심 과정을 마친 후 간호 조무사 간호 위임: 당뇨 전문 과정(Nurse Delegation for Nursing Assistants: Special Focus on Diabetes)을 이수해야 이 위임된 업무를 수행할 수 있습니다. 다른 IP도 이 과정을 이수할 수 있습니다. 단, NAR, NAC 또는 HCA가 아닌 경우 간호 업무를 위임 받을 수 없습니다.



## 급여 수령

### 일일 근무 시간 및 차량 마일 수 기록

모든 IP는 매일 일한 시간과 환급 가능 차량 마일 수를 기록해야 합니다 (아래 참조). 모든 IP는 DSHS 양식 15-015x - IP 근무 시간 기록표 (Individual Provider Timesheet)를 사용해야 합니다.

근무 시간 기록표:

- IP를 보호하고 IP에게 책임을 부여하는 근무 기록입니다.
- 근무 시간 및 마일 수와 관련하여 IP와 고용주 간의 의견 불일치 가능성을 줄일 수 있습니다.
- 고용주의 케이스 관리자/사회복지사가 이를 참조하여 고용주의 간호 계획을 모니터링할 수 있습니다.

DSHS 수혜자를 둘 이상 간병하는 경우 고용주별로 매월 별도의 근무 시간 기록표를 작성합니다. 정확하게 작성되었는지 고용주와 함께 점검하고 각자 서명합니다. 작성하고 서명한 근무 시간 기록표 1부를 고용주에게 전달하고, 1부는 IP가 보관합니다.

고용주가 IP에게 근무 시간 기록표 양식을 제공합니다. 캄보디아어, 중국어, 한국어, 라오스어, 러시아어, 소말리아어, 스페인어와 베트남어 양식도 사용 가능합니다. 이 언어 중 하나로 근무 시간 기록표를 작성하는 것이 편리할 경우 고용주의 케이스 관리자와 상의하십시오.

근무 시간 기록표를 정확하고 일관성 있게 작성하지 않을 경우 보수 지급이 지연, 거절되거나 계약이 해지될 수도 있습니다.

근무 시간 기록표는 6년간 보관해야만 합니다. DSHS 수혜자를 위해 더 이상 일을 하지 않을 경우(수혜자가 이사, 사망한 경우 또는 IP로서 더 이상 일을 하지 않는 경우)에도 6년간 근무 시간 기록표를 보관하도록 하십시오.

귀하의 근무 시간 기록표는 연방 또는 주정부 감사기관에서 요청할 수 있습니다. 요청받았음에도 불구하고 근무 시간 기록표 사본을 제출하지 않을 경우 IP로서 받은 보수를 환불해야 하거나 서비스 계약이 취하될 수도 있습니다.

자세한 지침은 8-9페이지에서 확인하십시오.

### 마일 수

IP가 자신 소유의 차량으로 고용주를 위해 또는 고용주와 함께 필수품 구입을 위해 이동하거나 고용주를 의료 기관에 데려가고 데려오면서 이동한 거리에 대해 비용을 환급 받을 수 있습니다. 고용주 1인, 월 60 마일까지 환급 가능합니다. 필수품 구입 또는 의료 기관으로의 수송이 고용주의 간호 계획에 포함되어 있어야 합니다.

고용주에게 수송 서비스를 제공하는 일부 IP는 DSHS 수혜자의 간호 지원 프로그램에 따라 추가 마일 수 또는 수송 필요에 대해 환급 받을 수 있습니다. 고용주를 직장까지 태워다 주는 것과 같은 추가적인 수송 필요 사항은 간호 계획에서 명시하고 IP에게 배정해야 합니다. 이러한 경우에 한해 IP는 간호 계획에서 케이스 관리자가 승인한 한도에서 추가 마일 수에 대해 환급 받을 수 있습니다.

근무 시간 기록표를 작성하는 것도 일과에 포함해야 합니다.

IP가 개인 간호를 제공하는 사람을 고용주라고 합니다.

## 근무 시간 기록표 작성(DSHS 15-051X)

- 양식의 맨 윗줄, “수혜자/고용주 이름(CLIENT/EMPLOYER NAME)” 칸에 고용주의 이름을 활자체로 기입합니다.
- “IP 이름(INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME)” 칸에 본인의 이름을 활자체로 기입합니다.
- “CM 이름(CM NAME)” 칸에 고용주를 담당하는 케이스 관리자의 이름을 활자체로 기입합니다.
- “월(MONTH)” 칸과 “연도(YEAR)” 칸을 기입합니다.
- 해당 월의 날짜를 나타내는 숫자 아래의 “A” 행, “서비스 시작 시간(TIME SERVICE BEGAN)” 칸에 일을 시작한 시간을 기입합니다. AM 또는 PM 표시를 포함해야 합니다.
- “B” 행, “서비스 종료 시간(TIME SERVICE ENDED)” 칸에 일을 마친 시간을 기입합니다.
- “C” 행에 그날의 총 시간을 기입합니다. 근무 시간 기록표는 IP가 실제로 일한 시간만 포함해야 합니다. 서비스를 제공하도록 허가 받은 시간을 초과하여 입력해서는 안 됩니다.
- “D” 행에 그날 고용주를 수송한 적이 있다면 그 이동 거리(마일)를 기입합니다. 환급 가능한 차량 마일 수는 7페이지에서 확인하십시오.
- 해당 월에 일한 날마다 이와 같이 작성합니다.
- 월말에 “C” 행의 근무 시간 합계를 계산하여 “합계(Totals)” 열에 기입합니다. 근무 시간 기록표에 기입한 월 총 시간이 IP가 지급용 청구서에 신고한 시간 수와 일치해야 합니다.
- 양식에 기입된 모든 개인 생활 보조 활동이 간호 계획에 명시된 대로 수행되었는지 점검합니다.
- DDD 임시 간호 서비스(Respite Services)를 제공하는 경우: DDD 임시 간호 서비스만 제공하는 경우 근무 시간 기록표의 “DDD 임시 간호(Respite)” 칸에 체크합니다. 어떤 개인 생활 보조 활동 칸에도 체크하지 마십시오. 한 고용주에게 임시 간호 및 개인 생활 보조 서비스를 모두 제공하는 경우 해당 월에 2개의 근무 시간 기록표를 작성합니다. 하나에는 임시 간호 활동을, 다른 하나에는 개인 생활 보조 서비스 시간을 기입합니다. 이 두 번째 근무 시간 기록표에서 IP가 수행한 개인 생활 보조 활동을 체크합니다.
- 양식을 작성한 다음 정확하게 기입되었는지 고용주의 확인을 받습니다. 고용주가 동의한 경우 “수혜자 서명(CLIENT'S SIGNATURE)”에 서명해야 합니다.
- “IP 서명(INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE)” 아래에 IP가 서명합니다.
- 근무 시간 기록표를 참조하여 SSPS 서비스 청구서를 정확하게 작성할 수 있습니다.
- 1부는 IP가 6년간 보관하고, 다른 1부는 고용주가 보관하게 합니다.

휴가/유급 휴무 청구에 대한 자세한 내용은 12페이지에서 확인하십시오.

DSHS로부터 보수를 지급 받으려면 근무 시간 기록표를 작성해야 합니다.



근무 시간 기록표는 6년간 보관하십시오. 주 및 연방 감사 기관에서 언제든지 요청할 수 있습니다.



AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION  
**Individual Provider Time Sheet**

CLIENT/EMPLOYER NAME <b>Cheryl Smith</b>		INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME <b>Paris, Rita</b>							CM NAME <b>Sally Jones</b>		MONTH/YEAR <b>July 2012</b>					
Day of Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A Time Service Began	7 A	10 A	10 A		9 A	9:30 A	9:30 A			9 A	9 A	9 A	8 A			
B Time Service Ended	3 P	1 P	1 P		3 P	1:30 P	1:30 P			3 P	3 P	3 P	4 P			
C Total Hours Each Day	7	3	3		6	4	4			6	6	6	8			
D Mileage							11									
Day of Month	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A Time Service Began		10 A	10 A	9 A			9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B Time Service Ended		1 P	1 P	3 P			2:30 P	2:30 P	3 P	1:30 P		1:30 P				
C Total Hours Each Day		3	3	6			5	5	6	4		5				90
D Mileage								11								22

<input checked="" type="checkbox"/> Meal Preparation* <input type="checkbox"/> Eating <input checked="" type="checkbox"/> Escort/Transport to Medical* * Tasks for adult clients only.	<input checked="" type="checkbox"/> Dressing <input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene <input type="checkbox"/> Bed Mobility/Positioning	<input checked="" type="checkbox"/> Walking/Locomotion <input type="checkbox"/> Application of Lotion/Ointment* <input type="checkbox"/> Toenails Trimmed* <input checked="" type="checkbox"/> Transfer	<input checked="" type="checkbox"/> Bathing <input type="checkbox"/> Toileting <input type="checkbox"/> Housework* <input type="checkbox"/> Passive Range of Motion Treatment	<input type="checkbox"/> Essential Shopping* <input type="checkbox"/> Wood Supply* <input type="checkbox"/> Dry Bandage Change <input type="checkbox"/> Medication Management*	<input type="checkbox"/> DDD Respite
---	---	--	--	---	--------------------------------------

INSTRUCTIONS FOR DOCUMENTING YOUR DSHS AUTHORIZED HOURS

A. Enter time service began – indicate AM or PM as appropriate. C. Enter total hours worked each day.  
 B. Enter time service ended – indicate AM or PM as appropriate. D. Mileage: All miles traveled transporting or shopping for a client when authorized per SSPS.  
**DO NOT send these time sheets to Case Managers unless requested. Keep completed time sheets in your records for six (6) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment. DSHS may request copies at any time.**

CLIENT'S SIGNATURE <i>Cheryl Smith</i>	INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE <i>Rita Paris</i>
---	--

This form is available at <http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/efrms.html>





## SSPS 사회 복지 서비스 통지(SOCIAL SERVICES NOTICE) (DSHS 14-259X)

다음 경우에 *SSPS 사회 복지 서비스 통지*가 IP에게 우편 발송됩니다.

- 고용주에 대한 서비스가 최초로 허가 받은 경우
- 허가 받은 서비스 또는 지급에 변경 사항이 있는 경우
- 고용주가 서비스 이용 자격을 상실하여 IP 서비스가 중단될 때

*SSPS 사회 복지 서비스 통지*에서는 다음 사항을 전달합니다.

- IP가 고용주에게 매월 제공하도록 허가 받은 서비스 단위 유형 및 서비스 단위 수 최대 한도 단위는 시간(HR) 또는 마일(MI)입니다. 허가 받은 서비스 단위 최대 한도를 초과할 경우 보수가 지급되지 않습니다.
- 고용주가 매월 직접 지급할 수 있는 최대 금액. 이 금액을 수혜자 분담금(client participation)이라고 합니다. IP가 수령하는 수혜자 분담금은 IP의 지급에 IP가 해당 월에 서비스한 시간 수를 곱한 값을 초과할 수 없습니다.

*SSPS 사회 복지 서비스 통지*를 받은 경우 다음 정보가 정확한지 확인하십시오.

- 이름
- 우편 주소
- 서비스 단위(HR, MI)
- 지급액

잘못된 정보가 있을 경우 서비스를 허가한 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 즉시 전화하십시오. 오류 사항을 보고하지 않은 경우 잘못된 보수를 받을 수 있습니다. 전화할 사람의 이름과 전화 번호는 *SSPS 사회 복지 서비스 통지*의 맨 아래에 나와 있습니다.

워싱턴주 DSHS 사회복지 서비스 통지(SOCIAL SERVICES NOTICE)

현지 사무소 이름  
주소

CHERYL  
PARIS, RITA  
주소

SMITH,

승인 번호 #  
2012년 8월 1일

다음과 같이 통지합니다.

1. **SMITH, CHERYL** 은 2012년 8월 1일부터 2012년 8월 31일까지의 서비스 보수로 월 \$400.00 를 지급해야 합니다. **PARIS, RITA** 가 매월 **SMITH, CHERYL** 로부터 상기 금액을 징수합니다. 보증서(WARRANT) 발행 전 지급액에서 이 금액이 공제됩니다.
2. **PARIS, RITA** 는 **SMITH, CHERYL** 을 위하여 개인 간호 서비스(CARE-INDIV-HR)를 제공하도록 승인받았습니다. 2012년 8월 1일부터 2012년 8월 31일까지의 기간에 서비스 제공에 대해 월 최대 150 시간(시간당 요금 \$10.03, 월 최대 한도 \$1504.50)의 서비스 보수를 지급할 수 있도록 승인 받았습니다.
  - 귀하는 매월 서비스 보수 청구서를 수령하게 됩니다. 지침에 따라 청구서에 기재하십시오.
  - 사회 보장세(SOCIAL SECURITY TAX) 및 MEDICARE 세금은 임금에서 원천 징수됩니다. 워싱턴주에서 고용주인 **SMITH, CHERYL** 을 대리하여 고용주의 부담금을 지급합니다.
  - 이 서비스 보수 지급에 따라 W-2 가 생성됩니다. FICA 세금은 연말이 지난 후, 고객 1인에 대한 연간 서비스 보수 지급액 FICA 한도를 초과하지 않은 경우에 한해 환급됩니다. 소득세는 원천 징수되지 않습니다.

질문이 있으면 담당 케이스 관리자(Case Manager) 또는 사회복지사 (전화 번호: )에게 문의하십시오.

## SSPS(SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM) 서비스 청구서(SERVICE INVOICE) (DSHS 08-141)

매월 말일 전에 서비스 청구서를 받습니다. 서비스 청구서를 참조하여 해당 월에 일한 서비스 시간 수 및 휴가/유급 휴무 시간 청구 여부를 DSHS에 보고하십시오.

서비스 청구서를 작성하여 SSPS에 우편 발송하거나 Invoice Express를 이용하여 전화로 보고하는 방법으로 서비스 단위를 보고할 수 있습니다. 해당 월의 근무를 마친 후에 전화 또는 우편으로 서비스 청구서를 제출하십시오.

서비스 청구서를 우편으로 보낼 경우 14페이지의 서비스 청구서 작성 방법 안내를, Invoice Express를 이용할 경우 16페이지의 안내를 참조하십시오.

매월 근무한 시간을 초과하는 서비스 단위를 서비스 청구서에 청구하지 마십시오. 과지급금 및/또는 초과 보고로 인해 SSPS에서 부담한 급여 관련 추가 비용은 반환해야 합니다. 여기에는 초과 청구된 시간에 대해 지급된 건강 보험료 및 과세 혜택이 포함될 수 있습니다.

고용주에 대해 허가 받은 시간을 초과한 서비스에 대해서는 보수를 받을 수 없습니다. 추가 시간 근무가 필요한 경우 고용주가 케이스 관리자 또는 사회복지사와 상의해야 합니다. IP의 근무 시간을 늘리기 위해서는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 간호 계획을 갱신해야 합니다.

근무한 달의 다음 달에 보수를 받습니다. 예를 들어, 7월에 90시간 근무한 경우 8월에 그에 대한 보수를 받습니다.

### 휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구

자격을 갖춘 IP가 휴가/PTO 시간을 적립한 경우, 서비스 청구서의 서비스 항목에 “IP 휴가(IP Vacation)(775)”가 표시됩니다. IP의 휴가/PTO 시간 수는 “총 단위(Total Unit)” 칸에 표시됩니다(13페이지의 샘플 참조).

휴가/PTO를 사용하고 그에 대한 보수를 받거나 휴가/PTO 시간을 사용하지 않고 돈으로 받을 수 있습니다. IP가 해당 월에 휴가/PTO를 사용하거나 돈을 받는 방법으로 휴가/PTO를 청구하려면 “총 단위” 아래의 빈 칸에 청구하려는 총 시간 수를 기입합니다.

해당 월에 휴가/PTO를 청구하지 않으려면 “총 단위” 아래의 빈 칸에 “0”이라고 기입합니다. 휴가 서비스 행을 비워두지 마십시오. 그러면 지급이 지연됩니다.

IP가 적립했으나 사용하지 않은 휴가/PTO 시간은 익월로 이월되어 신규 발생 휴가/PTO 시간에 더해집니다(최대 80시간).

휴가 서비스 행에 표시된 서비스 기간은 해당 월의 마지막 근무일 10일입니다. 이 항목은 휴가/PTO를 사용할 수 있는 때와 무관합니다. 휴가/PTO 혜택 및 자격에 대한 자세한 내용은 25페이지에서 확인하십시오.

INVOICE REGULAR CALL 1-888-461-8855 OR MAIL INVOICE USING YOUR OWN STAMP

INVOICE NUMBER 208R-000001 PAGE 001 OF 001 PAYEE NUMBER 000000 PROVIDER NUMBER 000000 FOR MONTH ENDING 08/31/12

TO SIGN UP FOR DEFENDABLE DIRECT DEPOSIT, SEE INSTRUCTIONS.  
FOR PAYMENT ISSUES, INCLUDING TIMELINESS, SEE INSTRUCTIONS.

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)



PAYEE

PROVIDER NAME  
MS 45812  
OLYMPIA WA 98504

PROVIDER

PROVIDER NAME  
MS 45812  
OLYMPIA WA 98504

SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
CLIENT, NAME	8/1/12 TO 8/31/12	\$400.00	400.00	MON	1	
COPES PARTICIPATION		REFERENCE 001-01-0001		MON	1	
CASE NUMBER 8888888888 AUTHORIZATION 6025787-01 WORKER ID. 1 01BM01		REPORTING UNIT 999 SERVICE CODE 05258		COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT		
CLIENT, NAME	8/1/12 TO 8/31/12	\$1504.50	10.03	HR	150	
COPES PER CARE-INDIV-HR		REFERENCE 001-02-0002		HR		
CASE NUMBER 8888888888 AUTHORIZATION 6025787-01 WORKER ID. 2 01BM01		REPORTING UNIT 999 SERVICE CODE 05256				
PROVIDER, NAME	7/22/12 TO 7/31/12	\$30.09	10.03	HR	3	
IP VACATION (775)		REFERENCE 001-03-0003		HR		
CASE NUMBER 9999999999 AUTHORIZATION 9999999-01 WORKER ID. 1 01VP01		REPORTING UNIT 998 SERVICE CODE 09993				
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER ID.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER ID.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER ID.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age, Vietnam era or disabled veterans status, or the presence of any senior, mental or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE

PROVIDER SIGNATURE

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to: DSHS 08-141 (REV 09/2003)

STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
ISSD DATA CONTROL  
PO BOX 45889  
OLYMPIA, WA 98504-5889

SSPS 지급인 번호 또는 제공자 번호라고도 함

매월 고용주로부터 수령할 수 있는 최대 금액(수혜자 분담금)

허가된 서비스 단위 수 최대 한도

해당 월에 일한 서비스 단위 수를 보고할 곳

휴가/PTO 잔여 시간

휴가 시간을 청구할 곳 (휴가를 사용하거나 환전하거나 "0"으로 청구해야 익월로 이월 가능). 휴가/PTO에 대한 자세한 내용은 25페이지에서 확인하십시오.

IP가 서명해야 합니다. 고용주는 이 청구서에 서명할 필요 없습니다.

## SSPS 청구서 작성요령

## 믿을 수 있는 자동입금 방식

우편물 분실 사고를 피하려면 자동입금 방식을 이용하십시오. 신청하려면 SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-5812 로 신청서를 보내거나 [www.dshs.wa.gov/ssps/directdeposit.shtml](http://www.dshs.wa.gov/ssps/directdeposit.shtml) 을 이용하십시오.

## 청구서를 제출하는 방법은 두 가지가 있습니다.

## 1) INVOICE EXPRESS 를 이용해 청구서 내용 입력(권장 방식):

1. 청구서를 작성한 뒤 서명합니다.
2. Invoice Express 수신자 부담 전화(1-888-461-8855)로 전화를 겁니다.
3. 안내 메시지를 경청합니다. 번호를 입력할 때마다 그 내용을 되풀이해 들려주면서 입력한 번호가 맞는지 물어봅니다.
4. 모든 항목을 입력한 뒤에도 전화를 끊지 말고 기다리십시오. 내용을 다시 확인할 수도 있고 바로 제출할 수 있습니다.
5. 끝나면 전화기의 별표(\*) 버튼을 누르라는 안내가 나옵니다. 그런 다음 확인 메시지를 들을 수 있습니다.
6. **중요:** 귀하의 청구서가 성공적으로 제출되었다는 메시지를 듣기 전까지는 전화를 끊지 마십시오.
7. 작성한 청구서는 기록용으로 보관하십시오.

## 주의:

- 버튼식 전화기를 사용해야 합니다.
- 청구서 제출을 **원치 않는** 경우에만 0 번 버튼을 누르십시오.
- Invoice Express에 전화한 뒤에는 청구서를 우편으로 발송하지 **마십시오**.
- 이미 처리된 청구서 내용을 전화로 입력하는 경우 벌써 처리된 사항이라는 메시지가 나옵니다.

## 또는

2) **우편으로 청구서 발송** - 본인이 우편요금을 부담하고 우편으로 청구서 발송(발송 전에 사본을 만들어 보관하십시오). 청구서는 다음과 같은 방식으로 작성하십시오.

## 환색 칸

**승인 대금:** 인쇄된 액수보다 적은 액수를 청구하는 경우 외에는 이 칸은 기입하지 마십시오.

**방학 중 돌보미:** 이 칸은 방학 동안 학령기 아동을 시간제로 돌본 경우에만 작성합니다. 방학 기간 동안 학생들을 돌본 시간을 기입하십시오.

## 굵은 테두리로 표시된 칸

**근무 시간 단위:** 매(EA), 시간(HR), 일(DA), 방문(VS), 마일(MI)이 미리 인쇄되어 있어 변경할 수 없습니다.

근무 시간 단위가 개월(MON)이고 근무 기간 동안 계속 일한 경우에는 굵은 테두리가 있는 서비스 단위란에 'MON'이라고 쓰십시오. 전체 근무 기간보다 짧은 기간에 대한 대금을 청구하는 경우에는 근무 시간 단위란에 'DA'(일)라고 쓰면 됩니다. 주의: 근무 시간 단위란에 'DA'라고 기입한 뒤 그보다 많은 일수를 근무 기간으로 청구하면 청구서 승인이 거부되며 이 내용을 수정할 때까지 대금을 지급하지 않습니다.

**총 근무 시간:** 귀하가 일한 근무 시간을 모두 기입합니다. 해당 기간 동안 일을 하지 않은 경우에는 0 이라고 쓰십시오. 하루 종일 일을 한 경우에는 시작일과 종료일을 포함해 모든 날짜를 계산합니다. 예: 6월 10일부터 6월 20일까지 일했다면 일한 총 일수는 10일이 아니라 11일입니다.

## 서명란

**피지급인:** 반드시 서명해야 합니다.

## 주의

- 굵은 테두리로 표시된 칸은 반드시 내용을 기입해야 합니다. 그렇지 않으면 청구서가 귀하에게 반송되어 대금 지급이 늦어집니다.
- 청구서에 메모나 다른 서류를 첨부해서는 안 됩니다.
- 미리 입력되어 있는 정보 위에 줄을 그어 지워서는 안 됩니다.
- 위에서 특별히 허용된 경우를 제외하고는 내용을 마음대로 바꿔서는 안 됩니다.
- 발송 전에 반드시 봉투에 우표를 붙이십시오.

## SEIU 775 회원: IP 휴가 청구서 근무란:

본 청구서에서 나와 있지 않은 휴가 일수는 다음달 청구서에 나오며 이때 새로 얻은 휴가 일수도 함께 표시됩니다. **이 기간 중에 휴가를 사용하고 싶지 않으면 휴가 근무란에 '0'이라고 기입하십시오. 이 기간 중에 휴가를 사용하고 싶으면 총 시간란에 휴가 일수를 기입하십시오.** 수혜자 및 케이스 담당자의 동의가 있으면 월중 언제든지 휴가를 사용할 수 있습니다. 휴가 근무란을 공란으로 비워두지 마십시오. 이 경우 대금 지급이 늦어집니다.

## 대금을 더 빨리 지급해주시 못하는 이유는 무엇입니까?

우리 주 헌법에 따르면 근무 기간이 종료되기 전까지는 주 정부가 이에 대한 대금을 지급할 수 없습니다. RCW 39.76.010에는 정확하게 작성된 청구서를 받은 날로부터 30일 이내(우편물 발송에 소요된 시간 포함)에 대금이 지급되면 제때 지급한 것으로 간주한다고 되어 있습니다. SSPS는 이보다 빠른 시간 안에 대금을 지급하는 것을 최우선 과제로 삼아 기술적, 법적으로 가능한 선에서 최대한 빨리 대금을 지급해 드립니다. 사회복지사가 청구서를 작성하려면 기한 내에 근무 내역 승인을 받아야 합니다.

SSPS에 관한 자세한 정보는 [www.dshs.wa.gov/ssps/index.shtml](http://www.dshs.wa.gov/ssps/index.shtml)에서 확인하십시오. Access Washington(<http://access.wa.gov>)에는 워싱턴 주 정부가 제공하는 서비스에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다.

Invoice Express  
는 빠르고 편리하게  
SSPS 서비스  
청구서를 제출하여  
보수를 지급 받을 수  
있는 방법입니다.



## INVOICE EXPRESS

Invoice Express는 전자식 전화기를 사용하여 빠르고 편리하게 *SSPS 서비스 청구서*를 제출하여 보수를 지급 받을 수 있는 방법입니다. Invoice Express는 영어와 스페인어로 이용할 수 있습니다.

Invoice Express를 이용하면 다음과 같은 이점이 있습니다.

- 언제든지 전화를 통해 서비스 청구서 정보를 입력할 수 있습니다.
- *서비스 청구서*를 우편 발송하는 데 따르는 지연을 피할 수 있습니다.
- 월 말일(오후 4:30까지)에 전화를 걸어 근무 시간을 신고하면 월 말일에 청구서를 우편 발송하는 것보다 빨리 수표를 받을 수 있습니다.
- \* 키를 누르기 전에 언제든지 즉시 오류를 수정할 수 있습니다. 성공했다는 메시지가 들린 후에는 변경할 수 없습니다.
- 전화를 걸어 *서비스 청구서* 지급이 처리되었는지 확인할 수 있습니다.

Invoice Express를 이용하는 경우 *서비스 청구서*를 두 번 입력할 수 없습니다.

## INVOICE EXPRESS 이용

전화를 걸기 전에 서비스 청구서를 작성합니다. 이를 참조하면서 근무 시간 단위를 보고합니다. 종이 서비스 청구서를 보관합니다. 전자식 전화기를 사용하여 1-888-461-8855로 전화를 걸어 정보를 입력합니다. 서비스 청구서 번호와 IP 번호가 필요합니다.

전화:  
1-888-461-8855



빠르고 편리하게 SSPS 청구서를 제출하여 지급 받을 수 있는 방법!

청구서를 참조하여 전화로 서비스를 신고하십시오.

2 전화기의 버튼으로 청구서 번호의 처음 3자리 숫자, 문자 및 대시 기호 다음의 6자리 숫자를 누릅니다.

1 Invoice Express에 전화하면 가장 먼저 Regular 또는 Supplemental 청구서인지 묻습니다. 여기를 참조하여 답변하십시오.

3 다른 사람이 전화로 자신의 청구서에 접근할 수 없도록 이 회색 음영 칸에 표시된 지급인 번호를 누릅니다.

4 Invoice Express에서 조회 번호의 마지막 4 자리를 읽습니다. 그러면 자신이 어느 줄에 있는지 알 수 있습니다.

5 읽어주는 줄 번호는 0001부터 시작합니다. IP는 모든 서비스 줄에 근무한 단위 수 또는 0을 입력해야 합니다.

6 Invoice Express에서 서비스 단위의 유형을 읽어줍니다. 월(MON)인 경우 근무한 일 수(DA)를 보고하여 월 전체 또는 일부를 보고할 수 있습니다.

7 단위를 입력하라는 메시지가 들리면 전화기 숫자 버튼을 사용합니다.

**INVOICE SUPPLEMENTAL**

INVOICE NUMBER: 9995-00410 001 OF 001 PAYEE NUMBER: 999999 PROVIDER NUMBER: 999999 FOR MONTH ENDING: 05-31-99

**SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)**

INSTRUCTIONS TO VENDOR:

- Fill in all blank pink boxes on all lines with services.
- Do not send notes or attachments. Any notes or attachments will be returned to you and payment will be delayed.
- Sign the invoice and keep the blue copy for your records.

PAYEE: Rardin, Franida, 401 W Mullian St, Spokane, WA 99223

1.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	RANGE	TOTAL
	CHARLES, CHAZ	05/01/99	\$889.92	6.18	NR	144
	FS RESPITE CARE-HOURLY	05/31/99			HR	
	CASE NUMBER: 4110432432 AUTHORIZATION: 3555461-01	WORKER ID: 2 ZOMC70	REPORTING: 851	SECTOR: 07305		
2.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	RANGE	TOTAL
	CHARLES, CHAZ	05/01/99	\$10.23	0.31	MT	33
	DDD FS TRANSP - MILES	05/31/99			MI	
	REFERENCE: 001-02-0002					

\* 송장의 분홍색 칸입니다.

## SSPS 서비스 청구서 우편 발송

SSPS 서비스 청구서를 우편 발송하는 경우 매일 우편으로 받는 안내문을 참조하여 서비스 청구서를 검토합니다. 서비스 청구서를 우편 발송한 시점부터 수표를 수령할 때까지 영업일 기준으로 14일 정도 소요됩니다.

다음 주소로 SSPS 서비스 청구서를 보내십시오.

Attn: ISSD Data Control

P.O. Box 45889

Olympia, WA 98504

## 계좌 입금

SSPS(Social Service Payment System)에서 IP의 당좌 예금 또는 보통 예금 계좌로 급여를 입금할 수도 있습니다. IP는 수표 우편 수령 대신 계좌 입금 방식을 선택할 수 있습니다.

계좌 입금으로 설정한 경우, *서비스 청구서*가 시스템에 제대로 입력되면 해당 월의 첫 영업일로부터 (영업일 기준) 5일 이내에 입금됩니다.

대부분의 IP는 계좌 입금을 선택할 자격이 있습니다. 다음에 해당하면 계좌 입금 선택이 불가할 수 있습니다.

- 당좌 예금 계좌가 보호 수취인(protective payee)과 같은 다른 사람의 명의로 된 경우
- IP가 은행 계좌를 자주 바꾸는 경우
- 계좌에 거래 은행의 최소 한도만큼 예치하지 않는 경우

DSHS로부터 계좌 입금 방식으로 보수를 받으려면 몇 가지 양식을 작성, 제출하고 등록 정보를 얻어야 합니다. 몇 가지 방법으로 양식과 등록 정보를 얻을 수 있습니다. 인터넷, [www.dshs.wa.gov/ssps](http://www.dshs.wa.gov/ssps)를 방문하거나 회원정보센터, 1-866-371-3200으로 전화해 계좌입금방식 양식을 요청하십시오.

또는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 DSHS 계좌 입금(DSHS Direct Deposit) 안내 브로셔(DSHS 22-361X)를 요청할 수 있습니다. 브로셔에 수록된 절취 양식을 사용하여 필요한 양식 및 등록 정보 요청서를 우편 발송할 수 있습니다. 요청서를 우편 발송한 날로부터 계좌 입금 서비스가 시작되기까지 최대 6주가 소요됩니다.

또는 서신을 보내 해당 정보를 요청할 수도 있습니다. 서신의 내용에 다음 사항을 포함해야 합니다.

- 계좌 입금 양식 및 등록 정보 필요
- SSPS 서비스 제공자 번호
- 이름
- 우편 주소
- 시/주/우편번호
- 지역 번호가 포함된 전화 번호

*다음 주소로 요청서를 보내십시오.*

Department of Social and Health Services  
Attn. SSPS Direct Deposit Desk  
P.O. Box 45346  
Olympia, WA 98504-5346

IP는 수표 우편 수령 대신 계좌 입금 방식을 선택할 수 있습니다.

요청서를 우편 발송한 날로부터 계좌 입금 서비스가 시작되기까지 최대 6주가 소요됩니다.

## 지원 요청

보수 지급에 대해 궁금한 점이 있을 경우 이 섹션의 모든 내용을 검토하십시오(6-20페이지 참조). 누군가에게 전화하지 않고도 궁금증을 해결할 수 있습니다. 이 섹션을 다시 읽어본 후에도 해결 방법을 찾지 못한 경우 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 전화하십시오.

*다음과 같은 경우에는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 문의하십시오.*

- 서비스 청구서 작성 방법에 대해 궁금한 점이 있을 경우
- 서비스 청구서에 기입하는 서비스 단위에 대해 궁금한 점이 있을 경우
- 허가 받은 고용주의 이름 또는 서비스가 누락된 경우
- 서비스 청구서에 명시된 허가 받은 고용주의 이름이 IP가 서비스를 제공하지 않은 사람이거나 자택으로 돌아오지 않을 사람인 경우
- IP가 일한 현재 월에 대한 서비스 청구서를 받지 못했고 현재 해당 월의 마지막 근무일인 경우
- IP의 이름 또는 주소가 바뀐 경우

송장은 전달할 수 있으나 수표는 불가합니다. 이름 또는 주소 변경 시 즉시 보고합니다.

## 수표 수령과 관련하여 자주 겪는 문제와 해결 방법

### 18 SSPS 서비스 청구서가 잘못된 경우 어떻게 합니까?

서비스 청구서에 허가 받은 서비스 중 일부가 누락되었거나 허가 받은 근무 시간 또는 요율보다 더 적게 명시된 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 전화하십시오. 해당 서비스가 서비스 청구서에 명시되어야 그에 대한 보수를 받을 수 있습니다.

#### 서비스 청구서를 받지 못한 경우 어떻게 합니까?

해당 월의 마지막 근무일까지 서비스 청구서를 받지 못한 경우 서비스 청구서 발송이 늦어진 것으로 간주합니다. 서비스 청구서 발송이 늦어진 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

#### 서비스 청구서를 분실한 경우 어떻게 합니까?

SSPS 서비스 청구서 재발송을 요청하려면 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

해당 월의 마지막 근무일까지 SSPS 서비스 청구서를 받지 못한 경우 서비스 청구서 발송이 늦어진 것으로 간주합니다.

현재 월에 수행한 서비스에 대한 보수는 익월의 두 번째 영업일 이후에 발송됩니다.

### 수표 도착이 늦어질 경우 어떻게 합니까?

서비스 청구서를 우편 발송한 경우 서비스 청구서 발송일로부터 Olympia에서 이를 수령하여 처리할 때까지 영업일 기준으로 5일 정도 소요됩니다. 일반적으로 해당 월의 첫날이 지나면 영업일의 오후 4:30까지 처리된 서비스 청구서는 영업일 기준으로 2일 이내에 우편 발송됩니다. 수표 도착이 늦어질 경우 우편 서비스의 지연도 감안하십시오.

현재 월에 수행한 서비스에 대한 보수는 **익월의 두 번째 영업일 이후에 우편 발송됩니다.**

### SSPS에 직접 전화할 수 있습니까?

아닙니다. 고용주의 케이스 관리자나 사회복지사에게 전화하십시오.

### 수표를 분실한 경우 어떻게 합니까?

수표를 분실한 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자는 분실, 도난, 파기 보증 진술서(affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant, DSHS 09-13x)에 IP를 서명을 받고 공증 받습니다. IP는 첫 번째 수표 발행일로부터 30일 이상 경과한 후에 재발행 수표를 받을 수 있습니다.

### 수표가 잘못된 경우 어떻게 합니까?

고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 전화하십시오. 케이스 관리자 또는 사회복지사가 문제를 해결하지 않을 경우 조합에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. n. 회원 정보 센터(1-866-371-3200)에 문의하십시오. (서비스 청구서)에 명시된 IP 번호를 알고 있어야 합니다.

**서비스 청구서를 전화로 신고했거나 우편 발송한 후에 실제로 수행한 허가 받은 서비스/시간이 신고한 것보다 더 많다는 것을 알게 되면 어떻게 합니까?**

고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

### 우편 주소가 변경되면 어떻게 합니까?

지금이 지연되지 않도록 즉시 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 전화하십시오. 주소 변경 사항을 알려 SSPS 컴퓨터를 업데이트할 수 있게 하십시오. 우체국에서는 새 주소로 청구서를 전달하지만, 수표는 전달하지 않습니다.

### 법적 이름이 변경되는 경우?

DSHS 계약을 체결한 후 (결혼이나 이혼 등으로) 법적 이름이 바뀔 경우 아래로 연락하십시오.

- 고용주의 케이스 관리자에게 연락 - DSHS 기록상의 이름 변경
- 거래 은행 또는 신용 조합 - 온라인 송금 지연을 피하고자 계좌 입금 방식을 선택한 경우
- 사회보장국(Social Security Administration, SSA) - 사회보장 카드 갱신(1-800-772-1213). DSHS는 SSA 기록과 일치하는 경우에만 변경된 이름으로 갱신할 수 있습니다.
- 회원정보센터(Member Resource Center, 1-866-371-3200) - 조합 및 Training Partnership의 기록 변경

고용주가 휴가를 떠나거나 요양원, 거주 훈련 센터 (Residential Habilitation Center, RHC) 또는 병원에 들어갈 경우 IP에게 보수가 지급되니까?

지급되지 않습니다. 그러나 IP에게 휴가/PTO가 주어질 경우 이 시간에 대한 보수를 서비스 청구서에 포함할 수 있습니다. 휴가/PTO 청구에 대한 자세한 내용은 12페이지에서 확인하십시오.

### 보증 시스템 송금 통지서(WARRANT SYSTEM REMITTANCE ADVICE) – (DSHS 07-071)

IP의 (DSHS) 수표와 함께 보증 시스템 송금 통지서(A Warrant System Remittance Advice) 양식이 우편 발송됩니다. 여기에는 개인별 DSHS 지급 내역이 수록되어 있습니다. 이 기록을 보관하십시오.

계좌 입금을 선택한 경우 입금일 즈음에 전자 자금 이체 송금 통지서 (Electronic Funds Transfer Remittance Advice)를 받습니다.

우편 주소 변경 시  
보수 지급이 지연되지  
않도록 고용주의  
케이스 관리자에게  
즉시 알려주세요.



## 일반 고용 정보

대부분의 HCS/AAA IP는 (고용주를 대리하는) DSHS와 고용주 (“수혜자 분담(client participation)”) 모두로부터 보수를 받습니다.

### 연방 소득세 원천 징수

IP는 급여에서 연방 소득세를 원천 징수할지 여부를 결정해야 합니다. 이는 전적으로 IP가 자율적으로 결정하는 사항입니다. 이 결정은 연방 소득세 과세 여부에 영향을 주지 않습니다.

급여에서 연방 소득세가 원천 징수되게 하려면 국세청 (Internal Revenue Service, IRS) W-4 양식(아래의 샘플 참조)을 작성하여 제출해야 합니다. W-4 양식은 현재 연도의 것으로 사용해야 합니다. 다음 방법으로 IRS W-4 양식을 구할 수 있습니다.

- 다운로드: <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw4.pdf>
- IRS(1-800-829-3676)에 양식 발송 요청
- 회원 정보 센터(1-866-371-3200)에 요청

### W-4 작성

1, 2, 3, 5번 칸은 필수 항목입니다. 4, 6, 7번 칸은 선택 항목입니다. 8, 9, 10번 칸은 비워 두십시오. 양식 하단에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

작성한 IRS W-4 양식을 다음 주소로 보내십시오.

DSHS  
 Provider File Unit - Section Two  
 PO Box 45346  
 Olympia, WA 98504-5346

#### IRS 연락처 정보

IRS 정보:  
 1-800-829-1040

IRS 양식:  
 1-800-829-3676

IRS 웹 사이트:  
<http://www.irs.gov>

----- Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records. -----

<b>Form W-4</b> Department of the Treasury Internal Revenue Service		<b>Employee's Withholding Allowance Certificate</b> ▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.		OMB No. 1545-0074 <b>2012</b>
<b>1</b> Your first name and middle initial _____		Last name _____		<b>2</b> Your social security number _____
Home address (number and street or rural route) _____ City or town, state, and ZIP code _____			<b>3</b> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate. Note: If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box.	
			<b>4</b> If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. <input type="checkbox"/>	
<b>5</b> Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)				<b>5</b> _____
<b>6</b> Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck				<b>6</b> \$ _____
<b>7</b> I claim exemption from withholding for 2012, and I certify that I meet <b>both</b> of the following conditions for exemption. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Last year I had a right to a refund of <b>all</b> federal income tax withheld because I had <b>no</b> tax liability, <b>and</b></li> <li>• This year I expect a refund of <b>all</b> federal income tax withheld because I expect to have <b>no</b> tax liability.</li> </ul> If you meet both conditions, write "Exempt" here.				<b>7</b> _____
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.				
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶			Date ▶	
<b>8</b> Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)			<b>9</b> Office code (optional)	<b>10</b> Employer identification number (EIN)
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2.				

Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2012)

W-4를 정확하고 완전하게 작성하여 보낼 경우 IRS 규정에 따라 급여에서 연방 소득세가 공제될 수 있습니다. 이 W-4 양식은 IP가 신규 양식 또는 W-4D(W-4 중지 양식)를 제출할때까지 유효합니다.

연방 소득세의 원천 징수를 원치 않을 경우 별도로 취할 조치는 없습니다. IP가 유효한 IRS W-4 양식을 제출하지 않는 한 급여에서 연방 소득세가 원천 징수되지 않습니다. W-4를 제출하지 않은 경우 연방 소득세를 납부하는 방법에 대해서는 IRS에 문의하거나 세무사 또는 회계사와 상담하십시오.

과거에 원천 징수된 연방 소득세액이 지나치게 적을 경우 IRS는 IP와 DSHS에게 서신(“Lock Letter”)을 보내 지정된 금액의 연방 소득세가 원천 징수되어야 함을 알릴 수 있습니다. 그러한 경우 더 이상 IP는 DSHS 급여에서 연방 소득세를 원천 징수하는 것을 자율적으로 선택할 수 없습니다. DSHS는 IRS로부터 추가 통지가 있을 때까지 이 명령을 따라야 합니다. IP가 IRS Lock Letter를 받았지만 여기에 동의하지 않을 경우 무료 전화 번호로 문의할 수 있습니다.

케이스 매니저나 SSPS 직원과 같이 DSHS 직원들에게 이 결정을 할 수 있도록 도와달라고 하지 마십시오. DSHS 직원은 세무 전문가들이 아니기 때문에 세금에 대해 아무런 조언을 해 드릴 수 없습니다. 따라서 도움이 필요하면 귀하의 세무 상담사, 회계사 또는 IRS에 연락하십시오. SEIU Healthcare 775 NW와 몇몇 커뮤니티 기관에서 무료 세무 상담을 받을 수 있습니다. 귀하의 카운티에 그러한 도움을 받을 수 있는 기관들이 있을 것입니다.

SSPS 직원은 IRS 연방 원천세 지침과 귀하의 W-4 세무 통칙 현황을 설명해 드릴 수 있습니다. SSPS Provider File Unit, 360-664-5883에 전화해 그와 같은 정보를 얻을 수 있습니다.

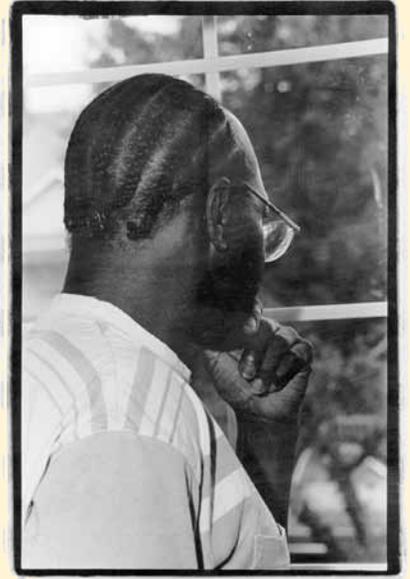
## W-2 급여 신고서(WAGE STATEMENT)

W-2는 수입 중 과세 대상 항목을 연방 및 주 정부에 신고하는 급여 신고서입니다. 1년간 DSHS로부터 받은 소득이 있는 경우 DSHS로부터 W-2를 받습니다. 다음 해의 1월 중에 W-2가 IP에게 발송됩니다. 고용주(DSHS 수혜자)가 여러 명일 경우 고용주별로 W-2를 받습니다.

이 W-2 신고서에는 해당 연도에 고용주를 대리하여 DSHS에서 직접 지급한 보수만 포함되어 있습니다. IP가 고용주로부터 직접 받은 금액(“수혜자 분담”)은 포함되지 않습니다.

급여에서 연방 소득세를 공제하도록 선택한 경우(해당 과세 연도에 대해 W-4를 작성하여 제출했음) 공제된 연방 소득세액이 W-2에 명시됩니다.

DSHS로부터 받은 W-2와 관련하여 궁금한 점이 있을 경우 DSHS 세무 담당자(taxinfo@dshs.wa.gov)에게 이메일로 문의하거나 전화(360-664-5830)로 문의하십시오. 가급적 이메일을 이용하십시오. 여기서는 DSHS에서 발급한 W-2 관련 문의에만 답할 수 있으며, 세무 상담을 제공하지 않습니다.



DSHS가 IP의 고용주는 아니지만 DSHS는 일부 예외적 상황을 제외하고 제3의 지급인(Third Party Payor) 자격으로 고용주를 대리하여 IP에게 지급하는 금액에서 사회보장세 및 Medicare 세금(FICA)을 원천징수하여 납부할 책임이 있습니다.

IRS 규정상 다음에 해당되는 경우 DSHS에서 FICA/FUTA를 원천징수할 수 없습니다.

- IRS 규정상 IP가 성인 자녀에게 서비스를 제공하는 부모일 경우
- 부모에게 서비스를 제공하는 18세, 19세 또는 20세의 성인의 경우
- 자녀이거나 가사 도우미(Chore) 서비스를 받는 사람의 배우자인 경우

(일부 예외적 상황을 제외하고\*) DSHS는 제3의 지급인(Third Party Payor) 자격으로 연방 및 주정부 실업보험세(FUTA/SUTA)를 납부할 책임도 있습니다.

고용주 역시 IP에게 직접 지급하는 금액에서 사회보장세 및 Medicare 세금을 원천 징수해야 하는 경우도 있습니다.

## 소득 증빙

어떤 개인 또는 회사로부터 소득 증명을 요청 받은 경우 보증 시스템 송금 통지서로 증빙 가능한지 물어보십시오. 이 통지서는 급여 명세서와 동일합니다. 보증 시스템 송금 통지서 외에 다른 자료가 필요한 경우 IP가 직접, 서면으로 소득 증빙 자료를 요청해야 합니다. 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자로부터 소득 증빙 자료를 받을 수 없습니다.

다음 주소로 서면 요청하십시오.

SSPS; P.O. Box 45812; Olympia, WA; 98504-5812

## 실업 수당

더 이상 IP로 일하지 않거나 일정 기간 고용이 중단된 상태일 경우 고용 보장부(Employment Security Department, ESD)에 실업 수당(실업 보험) 혜택을 신청할 수 있습니다. ESD 규정을 준수해야 합니다. ESD 양식을 작성할 때 고용주의 이름과 주소를 사용합니다. DSHS, AAA(Area Agency on Aging)와 그 직원은 고용주가 아닙니다.

## 건강 보험 선택 사항

자율적으로 건강 보험에 가입할 수 있습니다.

복지 신탁(Benefits Trust) 또는 기초 건강 보험(Basic Health Plan) (다음 페이지 참조)으로 선택 범위를 좁힌 경우 둘 중 하나를 선택해야 합니다. 이 건강 보험 중 하나에만 가입할 수 있습니다.

더 많은 시간을 근무하기를 원하십니까? Referral Registry에 대한 자세한 내용은 뒤표지 안쪽을 참조하십시오.

## SEIU Healthcare NW Benefits Trust(신탁)

이 신탁에서는 유자격 IP가 매월 25달러를 납부할 경우 근로자 전용 의료, 치과, 처방약, 안과 혜택을 받을 수 있습니다. Medicare 유자격 IP를 위한 보장은 이 신탁을 1차 보장으로 하면서 받을 수도 있습니다.

의료 보험 가입 및 자격 요건은 신탁에서 결정합니다. 신탁에서 정한 현행 최소 요건에 따르면 3개월 이상 연속, 월 86시간 이상 근무하고 다른 가족 보장이거나 기타 고용 관련 보장에 따른 건강 보험 혜택을 받지 않아야 합니다. 86시간은 DSHS 지급 또는 수혜자 분담 급여와 무관하게 IP가 근무하여 지급 청구한 총 시간으로 계산합니다.

가입 신청하거나 자격 요건 및 혜택에 대해 자세히 알아보려면 회원 정보 센터(1-(866) 371-3200)에 전화하거나 [www.myseiubenefits.org](http://www.myseiubenefits.org)에서 온라인 신청서를 제출하십시오. 자신의 프로필에 로그인하고 Manage Health Benefits를 클릭합니다. 온라인 신청은 최초 신청자에 한해 처리됩니다. 매월 20일에 신청이 처리됩니다. 신청 처리에 2개월이 소요됩니다.

가입하고 기한 내 신청서를 제출하며 월 86시간 이상 근무한 경우, 6 번째 달의 첫날에 보험이 시작합니다.

가입 후 자격 요건을 충족한 경우 정기 급여에서 매월 25달러의 보험료가 공제됩니다.

Cobra(계속 보장)에 대해 궁금한 점이 있으면 신탁의 무료 전화 (1-866-771-7359)로 문의하십시오.

## 기초 건강 보험(Basic Health Plan)

워싱턴 기초 건강 보험(Basic Health Plan, BHP) 가입 자격을 갖출 수도 있습니다. BHP는 주 정부가 후원하는 건강 보험입니다. BHP에서는 주 차원의 개인 건강 보험을 통해 의료 보장을 제공합니다. IP는 월 17달러를 내고 BHP 혜택을 받을 수 있습니다. 가족 소득에 따라 가족 구성원도 혜택을 받을 수 있습니다. 시민권 또는 외국인 요건은 없습니다. BHP는 Medicaid 프로그램이 아닙니다.

*다음 조건에 해당할 경우 이 프로그램의 혜택을 받을 수 있습니다.*

- 본인의 수입 및 다른 가족의 소득이 소득 기준에 부합합니다.
- 본인이 Medicare 수급 대상이 아닙니다.
- 본인이 워싱턴주 주민입니다(거주 증빙 자료 제출 요).
- 본인이 SEIU Benefits Trust Plan에 가입하지 않았습니다.

소비자 안내서, 다른 가족 구성원의 보장을 위해 지급할 보험료 요율표, 신청서 등을 받으려면 1-800-826-2444로 전화하거나 <http://www.BasicHealth.hca.wa.gov>를 방문하십시오.

제공되는 혜택에 대한 자세한 내용 및 최신 정보는 회원 정보 센터 (1-866-371-3200) 또는 [www.myselubenefits.org](http://www.myselubenefits.org)에서 확인하십시오.

다음 건강 보험 중 하나에만 가입합니다.

## 산재 보험(WORKERS' COMPENSATION)

IP는 워싱턴주 노동산업부가 주관하는 산재 보험의 혜택을 받습니다. 즉 업무와 관련된 질병 또는 부상이 발생할 경우 보험 혜택을 청구할 수 있습니다.

고용주에게 서비스를 제공하는 동안 부상 당하거나 즉시 치료를 받아야 할 상황에 처할 경우 가장 가까운 병원이나 주치의에게 가십시오. 의사에게 업무 관련 부상 또는 질병임을 밝히고 “부상 또는 직업 질환 신고서(Report of Injury or Occupational Disease)” 양식을 요청하여 작성합니다. 양식에 고용주를 HCQA Negotiated Contract, 601 Union St., Suite 3500, Seattle, WA 98101이라고 기입합니다.

Sedgwick CMS라는 회사가 IP의 산재 보험 청구를 모두 처리합니다. 업무 중에 부상 당한 경우 무료 전화 (1-866-897-0386) 에 문의하십시오.

### 휴가 시간/유급 휴무(PTO) 시간

유급 휴무(PTO) 시간이 있는 경우 휴가, 의사방문, 병가 등, 원하는 때에 유급으로 휴무를 할 수 있습니다. 승인받은 서비스를 수행한 40 시간마다 1시간의 유급 휴무(PTO) 시간이 제공됩니다. 유급 휴무(PTO) 시간은 최대 80시간까지 적립할 수 있습니다.

### 유급 휴무(PTO) 시간 사용

유급 휴무(PTO) 시간을 사용하거나 휴무/휴가 시간을 사용하는 대신 돈으로 지급받을 수 있습니다. 유급 휴무(PTO) 시간을 사용하기를 원할 경우 반드시 다음과 같이 조치해야 합니다.

- 휴가/휴무 2주일 전에 고용주에게 말하고 허가를 받아야 함
- 고용주의 케이스 관리자/사회복지사에게 알려 본인이 부재 중일 때도 간호 계획이 이행될 수 있게 함

휴가/PTO 시간 보고 방법에 대한 자세한 내용은 12페이지에서 확인하십시오. 이 때 휴가 시간으로 모든 유급 휴무(PTO) 시간을 보고하십시오.

### 휴가/PTO 시간이 소멸될 수 있는 경우

적립할 수 있는 유급 휴무(PTO) 시간은 최대 80시간입니다. 그 이상은 모을 수 없고 80시간 이하가 되어야만 또 모을 수 있습니다. 80시간 이상 모은 시간은 적립되지 않고 소멸됩니다. 잔여 시간을 낮추려면 서비스 청구서에서 휴가 시간을 청구하거나 돈으로 받습니다.

휴가/유급 휴무 시간 (PTO) 적립

근무 시간 40시간당 1시간씩 발생하며 최대 80시간까지 적립모을 수 있습니다.

고용주가 IP의 휴가에 따른 서비스 필요 해결 방법을 찾는 데 어려움이 있습니까? 고용주에게 Referral Registry(뒤표지 안쪽 참조)를 추천하십시오.

사용하지 않은 유급 휴무(PTO) 시간은 1년 이상 경과하고 귀하가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공하지 않을 경우에도 소멸될 수 있습니다. 간병 서비스를 중단한지 1년 미만일 경우 사용하지 않은 유급 휴무(PTO) 시간은 소멸되지 않습니다. 유급 휴무(PTO) 시간은 DSHS 수혜자를 위해 일하고 1개월간 서비스를 제공해야만 청구할 수 있습니다.

가족 구성원에게 고용되었고 다른 누구에게도 서비스를 제공하지 않을 IP는 이 점을 염두에 두어야 합니다. 가족 구성원이 거주 요양 시설에 입소하거나 사망할 경우 마지막 서비스 청구서에서 모든 유급 휴무(PTO) 시간을 모두 환전해야 합니다.

고용주가 입원하거나 거주 요양 시설에 입소하거나 사망할 경우, 다음 해에 다른 DSHS 수혜자를 위해 일할 가능성이 없다면 마지막 서비스 청구서에서 모든 유급 휴무(PTO) 시간을 청구해야 합니다.

휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구 방법에 대한 자세한 내용은 12 페이지에서 확인하십시오.

### 급여 인상

IP가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공한 유급 기간이 2,000시간에 도달할 때마다 급여가 인상됩니다. 총 유급 서비스 기간이 새 단계에 도달할 때마다 자동으로 인상됩니다. 2,000시간 산정은 2005년 7월 1일부터 시작했습니다.

다음 급여 단계는 2013년 6월 30일까지 유효합니다. 새로운 정보가 필요한 경우 회원 정보 센터(1-866-371-3200)로 문의하십시오.

2011년 7월 1일 ~ 2013년 6월 30일	
누적 경력 시간	요율
0 - 2000	\$10.03
2001 - 4000	\$10.17
4001 - 6000	\$10.33
6001 - 8000	\$10.46
8001 - 10000	\$10.61
10001 - 12000	\$10.76
12001 - 14000	\$10.91
14001 초과	\$11.07

기본적인 생활 편의를 해결할 수 없는 상태에서 고용주를 유기하거나 방치할 수 없습니다.

IP는 일을 그만두기 2주 전까지 서면으로 통지해야 합니다.

IP에게 취업 추천서를 써주는 것은 고용주가 판단할 사항입니다.

## 급여 공제

모든 IP는 조합 회비 또는 비조합 공정 분담금(nonmember fair share fee)을 내야 합니다. 매월 급여에서 공제됩니다.

사회보장세 및 Medicare 세금(FICA)도 공제 가능합니다.

다음 항목도 자율적으로 공제 신청할 수 있습니다.

- SEIU 775 Health Benefits Trust 또는 기초 건강 보험 보험료 (가입한 경우)
- 자율적 공제금
- 연방 원천세
- 추가 연방 원천세

## 일을 그만둘 경우

고용주를 위해 일하는 것을 그만두려면 2주 전까지 서면으로 통지해야 합니다. 통지 기간이 끝날 때까지 주어진 일정에 따라 근무해야 합니다. 고용주가 필요한 도움을 받지 못한 상태로 방치되게 하는 것은 유기로 간주될 수 있으며 이는 법에 저촉되는 행위입니다.

다음 관계자에게 일을 그만두겠다고 통지해야 합니다.

- 고용주 및/또는 고용주의 법적 대리인 서면으로 통지해야 합니다.
- 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사
- 고용주가 통지하도록 요청하거나 통지 대상인 그 밖의 관계자나 기관

## 취업 추천서 및 고용 이력 확인

IP에게 취업 추천서를 써주는 것은 고용주가 판단할 사항입니다. 고용주로부터 서면으로 취업 추천서를 받는 것이 가장 좋습니다. 고용주의 건강 상태 변화로 인해 고용주가 거주 시설에 입소하거나 사망하여 더 이상 IP의 서비스가 필요하지 않을 경우, 취업 추천서가 필요하곤 합니다.

고용주에게 취업 추천서를 써줄 수 있을 때 서면으로 받아두는 것도 좋은 방법입니다. 당장 일을 그만둘 생각이 없으며 단지 미래에 대비하는 것임을 고용주에게 알려 주십시오.

고용 이력 확인을 필요로 하는 사람은 고용주에게 연결해 주어야 합니다. 사회복지사, 케이스 관리자 또는 워싱턴주 관계자가 이 일을 해줄 수 없습니다. 소득 증빙이 필요할 경우 23페이지를 참조하십시오.

## 학대 신고 의무

법에 따라 IP는 취약한 성인 또는 아동에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 즉시 신고해야 합니다.

자택에 거주하는 취약한 성인에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 APS(Adult Protective Services)에 전화하십시오.

성인 가정, 노인시설(*assisted living facility*) 또는 요양원에 거주하는 취약한 성인에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 CRU(Complaint Resolution Unit)에 전화하십시오.

아동에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 1-866-EndHarm으로 전화하십시오.

---

## APS 번호

### 1 구역

1-800-459-0421 (TTY) 509-568-3086

Spokane, Grant, Okanogan, Adams, Chelan, Douglas, Lincoln, Ferry, Stevens, Whitman, Pend Oreille, Yakima, Kittitas, Benton, Franklin, Walla Walla, Columbia, Garfield, Asotin, Klickitat

### 2 구역

1-866-221-4909 (TTY) 1-800-977-5456

Snohomish, Skagit, Island, San Juan, Whatcom, King

### 3 구역

1-877-734-6277 (TTY) 1-800-672-7091

Bremerton, Pierce, Thurston, Mason, Lewis, Clallam, Jefferson, Grays Harbor, Pacific, Wahkiakum, Cowlitz, Skamania, Clark

## CRU 번호

### 주 전역

1-800-562-6078 (TTY) 1-800-737-7931

---

## 발행물 주문

이 안내서와 기타 DSHS 발행 자료를 DOP(Department of Printing's) General Store에 주문할 수 있습니다. DOP 웹 사이트:

[www.myfulfillment@prt.wa.gov](mailto:www.myfulfillment@prt.wa.gov)

다음 방법으로도 발행물을 요청할 수 있습니다.

- 이메일: [fulfillment@prt.wa.gov](mailto:fulfillment@prt.wa.gov)
- 전화: (360) 570-5555
- 팩스: (360) 664-2048

이메일, 전화 또는 팩스로 주문할 경우 발행물 제목, 발행물 번호(DSHS 22-xxx), 연락처 이름과 우편 주소를 알려 주십시오.



워싱턴주 HCRR(Home Care Referral Registry)에서는 재택간병인으로서 추가로 일할 수 있는 기회를 얻도록 돕고 있습니다.

Referral Registry는 웹 기반 시스템이며, 자격에 부합하는 IP를 장기 재택 간호 서비스 사용자와 연결해 줍니다.

손쉽게 Referral Registry에 등록할 수 있습니다. 현지 Registry 사무소에 전화하거나 방문하시면 됩니다. 현지 Referral Registry 사무소 정보는 전화 1-800-970-5456으로 문의하십시오. 또는 웹 사이트 [www.hcrr.wa.gov](http://www.hcrr.wa.gov) 에서 “Registry Offices” 를 클릭하면 해당 지역의 Referral Registry 이용 가능 여부를 확인할 수 있습니다.

워싱턴주 HCRR(Home Care Referral Registry)에서는 재택간병인으로서 추가로 일할 수 있는 기회를 얻도록 돕고 있습니다.

IP가 되는 데 관심 있는 친구가 있습니까? Referral Registry Center에서는 필요한 자격 요건을 갖춘 사람이 재택 IP로 일할 수 있도록 돕고 있습니다.

### 사용자를 위한 정보

Referral Registry는 자격을 갖춘 재택 IP를 찾는 사용자에게도 유익한 도구입니다. 사용자는 현지 Referral Registry Center에 연락하여 자신의 필요에 가장 부합하는 유자격 IP들을 추천 받을 수 있습니다. 그런 다음 각 IP를 인터뷰하여 적임자를 선택할 수 있습니다.

사용자는 HCQA YouTube 채널에서 IP 채용 방법에 관한 요령과 조언을 담은 최신 제작 동영상을 감상할 수도 있습니다. [www.hcrr.wa.gov](http://www.hcrr.wa.gov)를 방문하십시오.

### IP를 위한 정보

IP 역시 HCRR 웹 사이트에서 유익한 정보와 지원을 받을 수 있습니다. Provider Resources를 클릭하여 질병 및 조건에 관한 최신 정보, 간호 관련 팁, 최신 뉴스와 기사를 볼 수 있습니다.

이 안내서에 수록된 정보는 고용 계약을 형성하거나 암시하지 않으며 IP의 지속적인 고용 근거가 되지 않습니다. 이 안내서의 내용과 계약서 조항이 상충할 경우 계약서의 내용을 우선적으로 적용합니다.

DSHS는 서비스 또는 계약에서 인종, 피부색, 국적, 성별, 성적 취향, 종교, 신념, 혼인 여부, 장애, 베트남전 참전, 신체적, 정신적, 감정적 장애 유무에 따른 차별을 두지 않습니다.

## 인터넷 자료

간호/장기요양보호 관련 정보와 자료

간호 및 장기요양보호에 관한 자세한 내용은 다음 사이트에서 확인하십시오.

[www.adsa.dshs.wa.gov](http://www.adsa.dshs.wa.gov)

필요한 정보:

- 간호 실무에 관한 정보 및 자료
- 가족 간병인 지원 프로그램 정보
- 현지 노인 및 장애인 복지 기관의 전화 번호와 주소
- 진료, 공익 서비스, 처방약, 기타 필요에 대해 경제적으로 지원하는 주/연방/현지 서비스 및 혜택
- 장기요양보호 계획 수립에 도움이 될 자료와 링크
- 건강한 노후 생활에 관한 정보와 자료
- 발달 장애 관련 자료

## SEIU 775 NW Resources

상세 정보 연락처:

- 노조 혜택: [www.seiu775.org](http://www.seiu775.org)
- 필수 교육/훈련 및 건강혜택: [www.myseiubenefits.org](http://www.myseiubenefits.org)

또는 회원 정보 센터, 1-866-371-3200에 전화해 노조, 건강보험, 교육/훈련 및 인증서 요건 등을 문의할 수 있습니다.

다른 언어로 통화하기를 원하는 사람은 회원 정보 센터에 전화해 아래 내선 번호 중 해당 언어의 번호를 누르십시오.

러시아어: 111      우크라이나어: 112      스페인어: 113  
한국어: 121      베트남어: 122      중국어 북경어: 123  
중국어 광둥어: 124      소말리아어: 131      아라비아어: 132  
스와힐리어, 타갈로그어 또는 캄보디아어: 2



**ADSA** Aging & Disability  
Services Administration  
[www.adsa.dshs.wa.gov](http://www.adsa.dshs.wa.gov)

DSHS 22-221(KO) (Rev. 9/12)

사진 제공: Carol Huff